

Mod. A

**RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO INTEGRAZIONE SCOLASTICA**

**AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA**

**SEDE DI BUSSOLENGO**

**ANNO SCOLASTICO 2017/2018**

**DENOMINAZIONE DIRIGENZA** \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**ALUNNO/A** (cognome e nome) \_\_\_\_\_ M  F

Nazionalità \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Tel. abitazione \_\_\_\_\_ cell. genitori \_\_\_\_\_

**SCUOLA DI FREQUENZA (a.s. 2017/2018)** \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Alunni n. \_\_\_\_\_ Insegnanti di classe n. \_\_\_\_\_

[per Scuole dell'Infanzia: indicare l'anno (I-II-III) \_\_\_\_\_ ]

Orario settimanale frequenza alunno (specificare giorni e orari) \_\_\_\_\_

Eventuali rientri (giorni e orari) \_\_\_\_\_

Mense (giorni e orari) \_\_\_\_\_

Ore settimanali di frequenza dell'alunno	
Ore settimanali <b>RICHIESTE ALL'USP</b> di insegnante di sostegno	

Data

Dirigente Scolastico

Timbro e firma

Da inviare al Servizio Integrazione Scolastica entro il 31/03/2017